



RESOLUCIÓN N° 16 DE LA FISCALÍA

En Arica, a 10 de febrero de 2022, la Fiscalía resuelve lo siguiente:

En virtud de lo señalado en los artículos 135 y siguientes del Decreto con Fuerza de Ley N°29 de 2004, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo, se resuelve:

1).- Se oficie a la División de Administración y Fianzas, en coordinación con el Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas del Gobierno Regional de Arica y Parinacota, a fin de que remita los siguientes antecedentes:

- A. Informe el último domicilio registrado y correo electrónico personal de doña Alexandra Camus Rivera
- B. Informe el último domicilio registrado y correo electrónico personal de doña Paula Rojas Castillo

Establézcase que para dar agilidad a este proceso referido a la entrega de información, esta deberá ser remitida a esta fiscalía en el más breve plazo, no pudiendo exceder de tres (03) días hábiles, entregando antecedentes de forma física o bien al correo electrónico institucional: jessica.munoz@gorearicayparinacota.gov.cl y bruno.boggioni@gorearicayparinacota.gov.cl

Sirva el presente documento como atento oficio remitir.

JESSICA MUÑOZ GÓMEZ
ACTUARIO

BRUNO BOGGIONI RIVERA
FISCAL

Alexis Segura Leiva
Rut. 15.378.532-5
Gobierno Regional de Arica y Parinacota



DECLARACION JURADA SIMPLE

1311A

SRA. INTENDENTA GOBIERNO REGIONAL DE ARICA Y PARINACOTA

PRESENTE:

Nombres

Apellidos

PAULA ALEJANDRA

ROJAS CASTILLO

Cedula de Identidad

Estado Civil (*)

Profesión u Oficio

12.833.967-1

CASADA

CONTADOR AUDITOR – PUBLICO

(*) Señalar: Soltero(a), Casado(a), Divorciado(a), Viudo(a)

Dirección particular

IGNACIO DE LOYOLA 1210, BLOCK 27, DEPTO. 401, MIRADOR IV, ARICA.

Señalar calle, pasaje, avenida, n°, población, villa, sector y/o departamento cuando corresponda


Declaro bajo juramento lo siguiente:

- No haber cesado en un cargo público por medidas disciplinarias contempladas en el artículo 121 al 125 del DFL N° 29 Texto Refundido Coordinado y Sistematizado de la Ley N°18.834 sobre Estatuto Administrativo.
- No estar afecto a las inhabilidades e incompatibilidades administrativas señaladas en el artículo 54 y 56 de la ley 18.575, vale decir:
 - i. No tener vigente o suscribir, por sí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, con este organismo de la Administración Pública.
 - ii. No tener litigios pendientes con esta institución, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive. Igual prohibición regirá respecto de los directores, administradores, representantes y socios titulares del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando ésta tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, o litigios pendientes, con este organismo de la Administración a cuyo ingreso postulo.
 - iii. No tener la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos del organismo de la administración civil del Estado al que postulo, hasta el nivel de jefe de departamento o su equivalente, inclusive.
 - iv. No desarrollar actividades particulares en los mismos horarios de labores dentro de la institución, o que interfieran con su desempeño funcionario, salvo actividades de tipo docente, con un máximo de 12 horas semanales
- No haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, en los últimos cinco años (Artículo 12 letra e del Estatuto Administrativo)

A su vez, mediante el presente instrumento, autorizo al Gobierno Regional de Arica y Parinacota a notificarme de cualquier acto administrativo al siguiente email, siendo de mi exclusiva responsabilidad tenerlo vigente para su conocimiento:

paula.rojas@gorearicayparinacota.gov.cl

Para constancia firmo en Arica a 20 de DICIEMBRE de 2016


FIRMA



RESOLUCIÓN EXENTA Nº

AUTORIZA Y REGULARIZA FERIADO LEGAL A
FUNCIONARIA PAULA ALEJANDRA ROJAS
CASTILLO.

VISTO:

Estos Antecedentes: La sentencia proclamatoria de fecha 09 de julio de 2021, en causa Rol Nº 1148 de 2021, del Tribunal Calificador de Elecciones, que proclamó a don Jorge Díaz Ibarra como Gobernador Regional de la Región de Arica y Parinacota; artículos 102 a 107 del DFL. Núm. 29, de 2004 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 18.834 sobre estatuto Administrativo; Resolución Afecta Nº 6 de 2019 de la Contraloría General de la República que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón de las materias de personal que indica; la solicitud de la interesada y las facultades que invisto como Gobernador Regional de Arica y Parinacota.

RESUELVO:

AUTORIZÁSE Y REGULARÍZASE el uso de feriado legal a la funcionaria del Servicio Administrativo del Gobierno Regional de Arica y Parinacota que se detalla a continuación:

Nombre	PAULA ALEJANDRA ROJAS CASTILLO		
Estamento	PROFESIONAL		
Grado	11º		
Calidad Jurídica	CONTRATA		
Días Solicitados	25 días		
Desde – Hasta	El 07/02/2022	al	11/03/2022
Retorno	El 14/03/2022		
Saldo	36 días		

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE



JORGE ELÍAS GREGORIO DÍAZ IBARRA
GOBERNADOR REGIONAL
GOBIERNO REGIONAL DE ARICA Y PARINACOTA
FECHA: 07/01/2022 HORA:12:39:24

CMDC AASL JAMM

Comprobante de Licencia Médica Electrónica

Sucursal : LIFE MEDICAL SOCIEDAD ANONIMA - LIFE MEDICAL SOCIEDAD ANONIMA



Fecha Otorgamiento : 31-01-2022 19:43 hrs.

Entidad que se pronuncia : Nueva Masvida (ex Masvida)

Empleador : GORE ARICA Y PARINACOTA

1. Datos Profesional

Profesional : MONTENEGRO FORES, CRISTINA
Rut : 13830312-8
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : MAGALLANES 1710 DEPTO. 2, Arica - Tel: 58-2225901

2. Datos Trabajador

Nombre : ROJAS CASTILLO, PAULA ALEJANDRA
Rut : 12833967-1
Edad : 46
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 29-01-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 5 Dirección : CORONEL FREIRE 875, Arica
Fecha término : 02-02-2022 Teléfono : 09-95472354
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 03-02-2022 16:57 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 61978890-7
Fecha de Recepción : 31-01-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 01-02-2022 15:33 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución	: 65264370-1	Causa del Rechazo	: Se solicita informe de médico tratante y exámenes realizados.
Fecha Resolución	: 03-02-2022	Pendiente por	:
Desde	: 29-01-2022	Derecho a subsidio	: A
Hasta	: 02-02-2022	Reposo	: Reposo Total
Días Autorizados	: 5 días	Días previos	: 2

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **65264370-1** y código de verificación: **a2f05c**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiére la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

GOREARICAYPARINACOTA
RAZON SOCIAL EMPLEADOR
61978890-7
RUN
31012022
TELEFONO
FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)
VELASQUEZ1775DEPTO.1775,ARICA
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR
ARICA
COMUNA
CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.
2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
3 = CONSTRUCCION.
4 = ELECTRICIDAD,GAS Y AGUA.
5 = COMERCIO.
6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

OCUPACION

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
12 = PROFESOR.
13 = OTRO PROFESIONAL.
14 = TECNICO.
15 = VENDEDOR.
16 = ADMINISTRATIVO.
17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
19 = OTRO (ESPECIFICAR).

C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL
2 1= D.L. 3501 INP.
2= D.L. 3500 A.F.P.
CÓDIGO 3 - LETRA (CAJA PREV)
NOMBRE
INT. PREV. CUPRUM -

CALIDAD DEL TRABAJADOR
1 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

SEGURO DE DESEMPLEO
Trabajador afiliado a AFC 2 1 = SI
2 = NO
Contrato de duración indefinida 1 1 = SI
2 = NO

01032008 01032008
FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7
D A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.E.
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6
E = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INP
H = EMPLEADOR

NUEVA MASVIDA (EX MASVIDA)
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : JUAN JOSE RESTELLI PORTUGUEZ SERVICIOS MEDICOS EIRL
- JUAN JOSE RESTELLI PORTUGUEZ SERVICIOS MEDICOS EIRL N° 3 065789598-9

Fecha Otorgamiento : 08-02-2022 18:27 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : GORE ARICA Y PARINACOTA

1. Datos Profesional

Profesional : RESTELLI PORTUGUEZ, JUAN
Rut : 5436664-7
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : JUAN NOE 1370 OF 417, Arica - Tel: 58-2232623

2. Datos Trabajador

Nombre : CAMUS RIVERA, ALEXANDRA ANDREA
Rut : 12610971-7
Edad : 47
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 07-02-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 5 Dirección : BARZAC 3701 Dp 32, Arica
Fecha término : 11-02-2022 Teléfono : 09-98477343
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional
Fecha Última Modificación : 08-02-2022 18:27 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 61978890-7
Fecha de Recepción : 08-02-2022
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 65789598-9 y código de verificación: 51839f

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 065789598-9

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

C	A	M	U	S						R	I	V	E	R	A					A	L	E	X	A	N	D	R	A		A	N	1	2	6	1	0	9	7	1	-	7
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
0	8	0	2	2	0	2	2			0	7	0	2	2	0	2	2			4	7	F																			
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD		SEXO																			
0	5																																								
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS																																							

Documento firmado electrónicamente
 FIRMA TRABAJADOR

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO
Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
FECHA NACIMIENTO																																							

A.3 TIPO LICENCIA

<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 5px;">1</div>	<p>1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN</p> <p>2 = PRORROGA LICENCIA PREVENTIVA</p> <p>3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL</p> <p>4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO</p> <p>5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO</p> <p>6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL</p> <p>7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO</p>
--	---

<p>RECUPERABILIDAD LABORAL</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 5px;">1</div>	<p>1 = SI 2 = NO</p>	<p>INICIO TRAMITE INVALIDEZ</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 5px;">2</div>	<p>1 = SI 2 = NO</p>
------------------------------------	--	--------------------------	-------------------------------------	--	--------------------------

<p>FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO</p>	<div style="display: flex; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>	<p>DÍA MES AÑO</p>
---	---	------------------------------

<div style="display: flex; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div> <p>HORA MINUTOS</p>	<p>TRAYECTO</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 5px;"></div>	<p>1 = SI 2 = NO</p>
---	-----------------	---	--------------------------

<p>FECHA DE LA CONCEPCIÓN</p>	<div style="display: flex; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>	<p>MES AÑO</p>
-------------------------------	---	---------------------

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO ☐ 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA BARZAC 3701 Dp 32,

Arica _____

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-98477343

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

R E S T E L L I	P O R T U G U E Z	J U A N	5 4 3 6 6 6 4	- 7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
11503-7		MEDICINA GENERAL	1	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD		
58-2232623/	JUAN NOE 1370 OF 417, Arica		<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		FIRMA PROFESIONAL	

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: *Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.*

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 065789598-9

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

RUN TELEFONO FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

COMUNA CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

OCUPACION

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.
2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
3 = CONSTRUCCION.
4 = ELECTRICIDAD,GAS Y AGUA.
5 = COMERCIO.
6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
12 = PROFESOR.
13 = OTRO PROFESIONAL.
14 = TECNICO.
15 = VENDEDOR.
16 = ADMINISTRATIVO.
17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
19 = OTRO (ESPECIFICAR).

C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

SEGURO DE DESEMPLEO

1= D.L. 3501 INP.
2= D.L. 3500 A.F.P.

CÓDIGO LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV.

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

Trabajador afiliado a AFC 1 = SI 2 = NO

Contrato de duración indefinida 1 = SI 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.E.
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INP
H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 065789598-9

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1- 3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.
(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)		
	MES	AÑO	N° DÍAS			MONTO	N° DÍAS
	A			B	C	D	E

% DESAHUCIO

Remuneración imponible
previsional mes anterior inicio
licencia médica (tope 109.8
UF) para trabajador afiliado a
AFC

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)		
	MES	AÑO	N° DÍAS			MONTO	N° DÍAS
	A			B	C	D	E

La información debe
corresponder a los 3 meses
anteriores al séptimo u
octavo mes que precade al
inicio de la licencia médica,
según se trate de trabajador
dependiente o independiente,
respectivamente.

Las remuneraciones
informadas deben
corresponder a los días
efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

☐ 1 = SI

☐ 2 = NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia
médica ante el Servicio de Salud o Isapre
correspondiente, dentro de los tres días hábiles de
recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE




FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE ANTECEDENTES DEL FUNCIONARIO Y/O PRESTADOR DE SERVICIOS Y AUTORIZACION

Con este acto vengo a actualizar mis antecedentes personales, para el registro que posee el Gobierno Regional de Arica y Parinacota.

Nombre	ALEXANDRA ANDREA CAMUS RIVERA	
Cedula de Identidad	12.610.971-7	
Fecha de Nacimiento	15/12/1974	
Estado Civil	SOLTERA	
Dirección Particular	PSJE. BARSAC 3701 B3 D32 PUERTA DEL PACIFICO III	
Teléfono	56 9 98477343	
Calidad Jurídica	Contrata	
Escalafón	Técnico	
Grado	13	
Correo Personal	aacamus@hotmail.com	
Cuenta Depósito de Remuneraciones	Banco:	FALABELLA
	Tipo de Cuenta:	Cuenta Corriente
	N° Cuenta:	10720038421
Recibo Pensión Supervivencia (Sí/No)	No	

El funcionario autoriza para que las resoluciones, u oficios y demás documentos del Servicio le sean notificados a su correo personal e institucional.

Arica, 16 de abril de 2021


Firma Funcionario